

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA  
PARANOIDE**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

**LIC. EMMA IRMA GÓMEZ BAUTISTA**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD  
MENTAL Y PSIQUIATRÍA

ASESOR:

DRA. ES VIA CONSUELO TORNERO TASAYCO

**LIMA-PERÚ**

**2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios:

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Eulalia:

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Celestino:

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi amada hija Alina Antonella:

Por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos repare un futuro mejor.

LA AUTORA

.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecer a Dios por la oportunidad de vida y permitir realizar el presente trabajo.

A mis padres por el apoyo incondicional en mis estudios.

A los docentes por ser guía en mis estudios.

Al Hospital Hipólito Unanue Servicio de Psiquiatría por permitir desenvolver como profesional.

Agradecer a la prestigiosa casa de estudios Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

LA AUTORA

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
CASO CLÍNICO- APLICACIÓN DE PAE	30
1. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS	39
2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	41
3. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES	42
4. EJECUCIÓN DE INTERVENCIONES	42
5. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	42
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

## RESUMEN

En el presente trabajo académico, se presenta Cuidados de Enfermería en paciente con esquizofrenia paranoide. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un término que se aplica en un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud de la paciente familia y comunidad, implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades.

Es así que se realizó el caso clínico de una paciente mujer adulto joven de iniciales D.Q.M. de diagnóstico clínico Esquizofrenia Paranoide, hospitalizada en el servicio de psiquiatría Hospital Hipólito Unanue Tacna.

El (PAE) lo integran 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí.

Los patrones alterados son: actividad/reposo, percepción/cognición y seguridad protección.

El análisis de cada una de las etapas se hace de forma independiente, tiene un carácter metodológico, ya que puesta en práctica, ninguna es ajena a las demás, por el contrario se relacionan de manera directa.

La etapa de ejecución permite la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que la paciente manifiesta para el cuidado de su salud. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados por medio de los objetivos establecidos con escala DIANA (NANDA 2012-2014).

**Palabras clave:** Valoración, diagnóstico, planeación, implementación, evaluación.

## **ABSTRACT**

In this academic work, Nursing Care is presented in a patient with paranoid schizophrenia. The Nursing Care Process (PAE) is a term that is applied in a system of nursing interventions for the health care of the patient family and community, involves the use of the scientific method for the identification of needs.

Thus, the clinical case of a young adult female patient with initials D.Q.M. Of clinical diagnosis Schizophrenia Paranoid, hospitalized in the psychiatry service Hospital Hipólito Unanue Tacna.

The (PAE) consists of 5 stages: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation, its stages are successive and relate to each other.

The altered patterns are: activity / rest, perception / cognition and safety protection.

The analysis of each of the stages is done independently, has a methodological character, since implementation, none is alien to the others, on the contrary are related directly.

The execution stage allows the integrity of the care, cover the interests and needs that the patient manifests for the care of their health. It provides an intentional, systematic and organized approach to practice, includes the identification of signs and symptoms to integrate their assessment, diagnosis of problems and needs, planning and management of care, as well as evaluation of results through The objectives established with DIANA scale (NANDA 2012-2014)

**Key words:** Assessment, diagnosis, planning, implementation, evaluation.

## **INTRODUCCION**

Las enfermedades mentales son consecuencia de un conglomerado de factores biológicos, psicológicos y sociales, que afectan a cada persona de forma distinta. En la aparición de un trastorno mental, influyen e intervienen múltiples factores y causas (predisponentes, determinantes o desencadenantes); un trastorno mental es el resultado de circunstancias internas y externas que alteran el proceso de desarrollo personal y la conducta, lo cual hace difícil para el enfermo mental la convivencia e interacción con la sociedad.

Según OMS (2016), los trastornos mentales o neurológicos, en la actualidad representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de las enfermedades, que provocan una enorme repercusión social, psicológica y económica, ya que el impacto de los trastornos mentales es mayor en el adulto joven, siendo éste el sector más productivo de la población, estimándose que de no actuar, esta proporción se elevará hasta un 15% para el 2020. Entre los trastornos mentales o neurológicos, la esquizofrenia es una enfermedad o un grupo de trastorno que se caracteriza por alteraciones de tipo cognitivo, afectivo y del comportamiento, que afecta el lenguaje, el pensamiento, la percepción y el sentido de la propia identidad.

Se calcula que el riesgo de padecer esquizofrenia es de 1% en la vida y afecta por igual a hombres y mujeres. La percepción social de la enfermedad mental está inclinada por el desconocimiento y la desinformación, la que influye en el aislamiento de las personas que la padecen; debido a esta situación vivida por la gran mayoría de pacientes con problemas mentales la dificultad para reinserirse a la sociedad.

La OMS al 2016, refiere que en todo el mundo, unos 21 millones de personas mayores de 15 años sufren de esquizofrenia en algún momento de su vida; el número de personas con esquizofrenia en Pacífico Occidental es de 12.7

millones, Asia Sudoriental es de 11.9 millones, Europa es de 6.5 millones, África 4.5 millones, Mediterráneo Oriental 3.5 millones y en América es de 5.9 millones de personas aproximadamente. Esta magnitud global permite conocer en qué medida la familia está preparada para dar soporte al miembro afectado pues se conoce que la familia actúa similar a un sistema en el que todos los miembros están involucrados uno con el otro.

En el Perú en el 2015, la Esquizofrenia es una de las 10 primeras causas de discapacidad por enfermedades. En el primer semestre del 2016, el INSM atendió a 2.148 mil pacientes con esquizofrenia. Se estima que existirían en Lima unos 32 mil. En Tacna al 2016, el 1% de la población tacneña padecería de trastornos psicóticos, la más común esquizofrenia paranoide, es decir cerca de 300 personas en la región sufrirían de Esquizofrenia.

Aunque las enfermedades mentales cada vez se están haciendo más comunes, aún siguen siendo mal entendidas, generando en la mayoría de los casos estigmas sociales que poco ayudan a resolver el problema del afectado y su familia. La enfermedad mental es un proceso largo y doloroso, tanto para el paciente como para su familia, no sólo por la gravedad de la patología, sino también por la imagen negativa que tiene la sociedad de las personas con enfermedades mentales. Parte del sufrimiento que padece la persona tiene su Origen en rechazo, marginación y desprecio social que tienen que soportar.

En el Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, en la actualidad los casos de problemas de psicosis son la primera causa de ingresos, seguido de adicciones y finalmente depresión; y muchos de estos casos son referidos al área de Hospital de Día, en donde continúan con su tratamiento de rehabilitación.

Para desarrollar este trabajo se detallará marco teórico de la esquizofrenia donde se desarrolla definición, tipos, sintomatología, fisiopatología, rol de la familia; y caso clínico, en el Capítulo I: Valoración por dominios; capítulo II: Diagnósticos de Enfermería; capítulo III: Planteamiento de Objetivos y prioridades; capítulo IV: Ejecución de las intervenciones y capítulo V: Evaluación de los resultados.



## **MARCO TEÓRICO**

### **ESQUIZOFRENIA**

#### **A. DEFINICION**

La Organización Mundial de la Salud define como "un grupo de psicosis en las que se presenta una deformación fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, una sensación de dominación por fuerzas extrañas, delirios y alteraciones de la percepción así como anormalidades en la afectividad y autismo, manteniendo por contra, conciencia clara y capacidad intelectual intacta"(1).

La Esquizofrenia es una enfermedad compleja o grupo de trastornos caracterizados por ideas delirantes, alucinaciones manifiestas en algunos casos con ausencia de conciencia, trastornos conductuales, funcionamiento social alterado, lenguaje desorganizado y síntomas coexistentes, en lo que suele ser un sensorio por lo de más claro (7).

Vleuler dice: "esquizofrenia se refiere a la falta de integración de diversos procesos psíquicos como percepción, memoria, personalidad y pensamiento lógico".

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) describe la como un "trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de su misma".

#### **B. ETIOLOGIA**

Etiología aún poco conocida, asumiéndose que hay interacción de predisposición genética con influencias socio ambientales normales o

extraordinarias; la dificultad está en establecer si la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo (con más evidencia), o un trastorno neuropsiquiátrico.

Caeremos en un error si, al referirnos a su etiopatogenia, nos servimos de la típica frase: "enfermedad de etiología desconocida". Desde que Kraepelin clasificó las hasta entonces llamadas "psicosis no orgánicas" en dos grupos, *dementia praecox* y *psicosis maniaco-depresiva*, los avances producidos han sido numerosos.

Se han dejado atrás aproximaciones sociogénicas, inverosímiles e infundadas, como la de la "madre esquizofrenogena" dirigiéndose todo hacia las explicaciones con bases empíricas fundamentadas. Por ello, actualmente sería más correcto decir "la esquizofrenia es una enfermedad cerebral de origen genético y ambiental con factores de riesgo precisos y conocidos" (4).

### **C. CAUSAS**

Una combinación de susceptibilidad genética y de factores de riesgo sería necesaria para la expresión del fenotipo esquizofrenia. En la actualidad, existen evidencias de un exceso de eventos perjudiciales durante el periodo prenatal y/o perinatal, presencia de signos conductuales y neurocognitivos durante la infancia y la adolescencia y rasgos de personalidad esquizotípica en la mayoría de individuos con esquizofrenia. Estos resultados sugieren una alteración patogénica en el neurodesarrollo de estos individuos (8).

Sin duda, la esquizofrenia es una enfermedad compleja tanto desde el ámbito clínico como en el de investigación.

Se supone que existe una especial vulnerabilidad psíquica para que pueda producirse una esquizofrenia.

La primera responsabilidad se debe a determinadas condiciones hereditarias. Se sabe que en algunas familias las esquizofrenias son frecuentes, mientras que en otras no. Debido a esta predisposición

una persona puede ser vulnerable a sufrir la enfermedad pero esto no es una condición ecuánime para desarrollarla.

Como desencadenante de la enfermedad debe sumarse una carga emocional especial (estrés). Los síntomas patológicos de la esquizofrenia deben entenderse como un intento de escapar de alguna manera a esta carga excesiva.

¿Cuáles son estas cargas? Pueden ser acontecimientos de la vida estresantes, normalmente imprevisibles, como la muerte de una persona próxima, el servicio militar, la pérdida de un puesto de trabajo, también un acontecimiento feliz, como el nacimiento de un niño, una boda, el divorcio es decir situaciones que supongan un cambio en la vida. Sobre todo una carga emocional permanente puede significar una exigencia excesiva para una persona vulnerable: actitud excesivamente preocupada de la familia o pareja cohibe a la persona y disminuye su autonomía, hay casos en que la persona que sufre de esquizofrenia es por sí, más retraída, debido a ello provocan que los demás quieran ayudarle.

Otra actitud sería cuando los miembros de la familia tienen una actitud de rechazo encubierto, es decir no se habla del problema pero se manifiesta en las expresiones y actitudes, el afectado se critica y desvaloriza. Las cargas emocionales excesivas desencadena los primeros brotes, pero también los brotes posteriores son provocados por situaciones de estrés aunque sean de carga leve.

Hay que mencionar la existencia de otros modelos médicos como por ejemplo: el modelo genético, neuroquímica, alteraciones cerebrales, alteraciones funcionales, electrofisiológicas y neuropsicológicas, complicaciones en el parto, infecciones por virus.

## **FISIOPATOLOGIA DE LA ESQUISOFRENIA**

Se ha podido demostrar, desde el punto de vista fisiopatológico, que la esquizofrenia más que un incremento generalizado de la actividad dopaminérgica es un trastorno caracterizado por una actividad asimétrica,

alteración en los niveles de un Neurotransmisor conocido que es el responsable de los dos grupos de Síntomas más característicos de esta enfermedad: Los Síntomas Positivos y los Síntomas Negativos.

En el grupo de los Síntomas Positivos incluimos los Delirios, las Alucinaciones, la Desorganización del Pensamiento y la Conducta y las Percepciones Delirantes por citar los más representativos. Los Síntomas Negativos, menos conocidos en general, son síntomas provocados por la pérdida de funciones psicológicas normales que dan lugar a apatía, dificultad para experimentar placer de las actividades cotidianas, falta de motivación, tendencia al aislamiento y aplanamiento afectivo.

En el sistema nervioso existen cuatro vías Dopaminérgicas (es decir, Neuronas que sintetizan y liberan Dopamina) relevantes para entender tanto la fisiopatología de la enfermedad como la respuesta a la medicación y la aparición de efectos secundarios.

Los Síntomas Positivos de la Esquizofrenia se relacionan con la vía Mesolímbica que es Hiperfuncionante (mucha Dopamina), y los Síntomas Negativos con la Vía Mesocortical que es Hipofuncionante (poca Dopamina). Que el mismo Neurotransmisor, en este caso la Dopamina, esté afectado en unas partes del Sistema Nervioso por exceso y en otras por defecto nos da pistas de las dificultades que van a surgir a la hora de tratar estos síntomas.

Existen otras dos vías Dopaminérgicas relevantes en este contexto que no se encuentran afectadas por la enfermedad, pero que lo harán al emplearse fármacos dirigidos al tratamiento de los Síntomas Positivos. La vía Nigroestriada, responsable del control fino de los movimientos, y la vía Tuberoinfundibular donde la Dopamina inhibe la secreción de una Hormona llamada Prolactina.

En la actualidad el tratamiento de primera línea para la Esquizofrenia son antipsicóticos. Pese a que esto es cierto, realmente no son Fármacos estrictamente anti esquizofrénicos, sino que están dirigidos fundamentalmente al control de los s positivos de la enfermedad (Delirios y Alucinaciones p.ej.). Es decir, actúan de forma sintomática e inespecífica.

Como los síntomas positivos se deben a un “exceso” de Dopamina, los Fármacos Antipsicóticos lo que hacen es bloquear este exceso. Son fármacos que bloquean los Receptores de la Dopamina controlando de esta forma la Hiperfunción de la vía Mesolímbica que es la responsable de estos síntomas positivos.

Pese a que los fármacos Antipsicóticos que disponemos en la actualidad son muy sofisticados, no consiguen bloquear la transmisión dopaminérgica solo en los lugares donde existe un exceso de actividad (en este caso como hemos indicado la Vía Mesolímbica), sino que bloquearán todos los receptores de Dopamina que se encuentren a su paso. De este modo aparecen los afectos secundarios.

El bloqueo dopaminérgico en la vía Meso Cortical (que en la Esquizofrenia era Hipofuncionante dando lugar a los síntomas negativos) podrá disminuir aún más la transmisión dopaminérgica y por tanto empeorar los síntomas negativos o incluso provocar síntomas negativos secundarios indistinguibles de los de la propia enfermedad.

El bloqueo dopaminérgico característico de los antipsicóticos en la vía Nigroestriada (que en condiciones normales controla los movimientos) podrá dar lugar a trastornos motores similares a los que aparecen en la enfermedad de Párkinson (cara inexpresiva, pérdida del braceo durante la marcha, enlentecimiento de los movimientos, rigidez, temblor cuando la mano se encuentra en reposo, etc.). A este tipo efectos secundarios los llamamos síntomas extrapiramidales.

Y por último, el bloqueo dopaminérgico en la vía Tuberoinfundibular (que recordemos que de forma fisiológica inhibe la secreción de la Hormona Prolactina) puede dar lugar a una hiperprolactinemia (aumento de esta Hormona) que se asocia a descenso de la Líbido, Ginecomastia (aumento de las Glándulas Mamarias), Mastodinia (dolor de las mamas) y Galactorrea (secreción espontánea de leche a través de los pezones fuera del periodo de lactancia).

Si bien todos estos efectos podrían llegar a aparecer con el empleo de casi todos los fármacos Antipsicóticos, que en la actualidad son muchos, el control racional de las dosis y el empleo de Antipsicóticos Atípicos, de más

reciente comercialización, disminuye de manera notable la posibilidad de que aparezcan estos efectos secundarios indeseables.

## **D. TIPOS DE LA ESQUIZOFRENIA**

### **TIPO PARANOIDE**

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática (p. ej., celos, religiosidad o somatización). Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales.

### **• CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TIPO PARANOIDE**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- 1) Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones Auditivas frecuentes.
- 2) No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

### **TIPO DESORGANIZADO**

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de incoherencias y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso.

La desorganización comportamental (p. ej., falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p. ej., ducharse, vestirse o

preparar la comida). No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.

Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y test cognoscitivos. Habitualmente, este subtipo también está asociado a una personalidad pre mórbido, empobrecido, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina **hebefrénico**.

- **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TIPO DESORGANIZADO**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

- 1) lenguaje desorganizado
- 2) comportamiento desorganizado
- 3) afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

## **TIPO CATATÓNICO**

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cética) o estupor.

Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den.

Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. La ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un

loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona.

Otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlona. Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones.

Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras presuntas etiologías: inducción por sustancias (p. ej., parkinsonismo inducido por neurolépticos), enfermedad médica, o episodio maníaco o depresivo mayor.

- **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TIPO CATATÓNICO**

Tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- 1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética o estupor).
- 2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
- 3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
- 4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
- 5) Ecolalia o ecopraxia.

## **E. PRONÓSTICO**



Su evolución puede ser de forma crónica, degenerativa, detenerse, reactivarse, conducir a la demencia o lograr importantes remisiones. Con los psicofármacos, el tratamiento psicológico y los apoyos sociales (sobre todo de la familia), el pronóstico de la enfermedad ha mejorado considerablemente, siendo posible en una cantidad regular de casos la rehabilitación social del paciente (10).

## **F. TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA**

### **MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA**

El tratamiento farmacológico es el eje central en el tratamiento de la Esquizofrenia paranoide se efectúa mediante fármacos llamados al principio neurolépticos por sus efectos catalépticos y más modernamente hay un cierto consenso en llamarlos antipsicóticos. Desde la introducción del antipsicótico clorpromazina en 1954, las medicaciones psicotrópicas se han convertido en el pilar del tratamiento para la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas (12).

### **TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA**

Una vez alcanzado el tratamiento debe ser enérgico y permanente, trabajando sobre el paciente y su medio familiar y social.

La importancia de la familia es fundamental en todo el desarrollo de la enfermedad, y el apoyo hacia un enfermo resulta muy importante para su recuperación.

Los objetivos son:

- a) Evitar o retardar el progreso de la enfermedad.
- b) Garantizar que el nivel cognitivo se mantenga.
- c) Disminuir los síntomas del humor.
- d) Permitir la reinserción del paciente a la sociedad.
- e) Garantizar adecuada comprensión y contención para las familias de pacientes esquizofrénicos.
- f) Reducir al mínimo el abandono del tratamiento.

## **ACCIONES DE UTILIDAD QUE ACOMPAÑAN EL TRATAMIENTO**

El equipo de profesionales de la salud cumple la indelegable obligación de sostenimiento del tratamiento del paciente y la familia, así como la denodada lucha de estigmatización de la enfermedad mental (11).

### **Psicoterapia individual:**

Incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente conversa con el especialista. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos sentimientos o reacciones personales. El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva.

### **Psicoterapia familiar:**

Debido a que los pacientes suele recibir el alta en un estado de recuperación parcial, la familia del paciente requiere de una sesión de psicoterapia familiar dando información general sobre sintomatología, tratamientos (farmacológico y psicosocial), cuidados del cuidador, pautas de comunicación y actuación, estigma, síntomas de aviso, riesgos y protección.

Los síntomas psicóticos con frecuencia asustan a los miembros de la familia, por lo que hablar abiertamente los tranquiliza. Después de un tiempo considerable, los psicoterapeutas deben centrar estrategias para la reintegración gradual en los quehaceres diarios.

### **Actividades de la vida diaria:**

Este apartado es extenso por la implicación directa que tiene en el funcionamiento autónomo de la persona. Se trata de evaluar el nivel de funcionamiento actual haciendo referencia al funcionamiento pre mórbido, y

a lo que podría ser considerado como normal para el entorno natural donde vive la persona. Seguidamente se listan los puntos de interés:

**Higiene personal y vestido;** El grado de autonomía (qué hace, frecuencia y cómo lo hace), la percepción de la necesidad de desarrollar una adecuada higiene personal así como los hábitos de su entorno son factores decisivos que hay que conocer.

**Hábitos de salud;** Se evalúan datos como frecuencia, adecuación de los hábitos en cuanto a su alimentación, sueño, ejercicio físico.

**Control de la salud;** Es necesario conocer si la persona es capaz de cuidarse adecuadamente y afrontar sus problemas médicos generales.

**Integración comunitaria;** Hay que conocer la capacidad del individuo para usar el transporte público, los diferentes recursos comunitarios existentes en su zona y muy especialmente el manejo y administración de su dinero.

#### **Actividades productivas.**

Se evalúa el nivel de funcionamiento actual y el funcionamiento premórbido de la persona con esquizofrenia:

**Manejo del hogar;** Es necesario conocer antes, las características del domicilio y por ello es conveniente realizar una evaluación in situ, si lo acepta el usuario y su familia. Además, se valora la percepción de necesidad del sujeto a la hora de desempeñar sus tareas domésticas (cocina, cuidado de la ropa, limpieza y orden) y el nivel de autonomía que posee. Por último, se evalúa la capacidad del enfermo para prevenir accidentes domésticos.

**Cuidado de otro;** En esta área se recogen aquellas actividades que realiza la persona relacionada con las personas que puede tener a su cargo, como hijos o padres mayores y cómo esto puede influir en sus rutinas diarias.

**Trabajo, ocupación y profesión;** Desempeña habitualmente labores con responsabilidad en su oficio.

### **Grupos de apoyo a familiares:**

La atención a familiares de personas con diagnóstico de esquizofrenia resulta imprescindible dentro de una doble vertiente: La familia constituye el principal recurso de atención, cuidado y soporte social para la persona aquejada de esquizofrenia, la aparición de la enfermedad en un miembro de la familia es un suceso altamente estresante que afecta a todo el entorno familiar derivando en ocasiones en trastornos de ansiedad, síntomas depresivos, trastornos del sueño, problemas alimenticios o irritabilidad.

Si se añade la desinformación que en ocasiones presentan los familiares sobre el diagnóstico, los síntomas específicos y el tratamiento, concluimos que el apoyo de los profesionales a la familia resulta fundamental para responder a sus necesidades. Los dos pilares del servicio son: Información y Apoyo.

Terapia de Grupo permite generar espacios que ayuden en la comprensión de dificultades y la descongestión emocional, aportando herramientas de afrontamiento.

Grupos de Autoayuda permite potenciar el espacio destinado al intercambio de experiencias entre familias.

### **Laborterapia y terapia ocupacional:**

La laborterapia es uno de los métodos que se usan para mantener o rehabilitar determinados aspectos físicos, mentales o sociales de la persona.

Algunos de los elementos que pueden componer este tipo de actividad son los siguientes: Sensoriales, mediante estímulos táctiles, visuales, orientación espacial. Neuromusculares como son la fuerza, resistencia de determinados objetos, la postura adecuada para realizar la actividad, tanto de la persona como del objeto que manipulamos. Motores, por la coordinación tanto a nivel visual como manual.

**Musicoterapia:**

La musicoterapia en la psiquiatría infantil y campos limítrofes, como la psicopedagogía musical y la pedagogía especial. La música representa para el niño con daño cerebral un medio posible de contacto y comunicación con una alta capacidad de socialización integrativa. También es posible, a través de este método, desarrollar ejercicios especiales orientados a los órganos sensoriales, la coordinación y la estructuración.

La musicoterapia en el marco de la psiquiatría de adultos como una de las técnicas de una psicoterapia no verbal constituye aquí una forma de expresión pre verbal.

Como un campo limítrofe de la musicoterapia valen las técnicas de relajación asociadas a la audición musical. Aquí caben ejercicios del tipo "training" autógeno, implementado por medio de la música, como también ejercicios corporales de tipo gimnástico. Por último, cabe mencionar el efecto relajante y liberador de angustia.

**EFFECTOS FAMILIARES Y SOCIALES DE LA ESQUIZOFRENIA**

Carecemos de una estadística para la condición del abandono familiar y social, pero la institucionalización de pacientes crónicos puede variar desde meses a décadas.

Existe la experiencia manicomial, podemos contar sobre pacientes con 25 o más años de asilo. Pero, mientras mucha gente recibe tratamiento especializado, un porcentaje alto no se halla bajo tratamiento. Una encuesta hecha en 1958 en Baltimore, Maryland (USA) reveló que alrededor del 50 % de las personas esquizofrénicas no recibían actualmente ningún tipo de tratamiento y que el 14 % nunca había sido tratado.

En Argentina se carece de información epidemiológica, pero el consenso general es que la situación debe ser al menos igual (sino peor) que la reportada en E.E.U.U. Cuando queremos medir el costo de la enfermedad debemos desglosarla en Costos directos y Costos indirectos. Los costos

directos incluyen los costos de tratamiento y servicio provistos a pacientes agudos o reagudizados y crónicos tanto ambulatorios como internados.

Los costos indirectos incluyen la pérdida de salarios tanto del paciente como de sus familiares y cuidadores y el costo por la incapacidad producida por la Enfermedad. Para referencia el costo anual en Estados Unidos del tratamiento de la Esquizofrenia ronda entre 32,5 y 63 billones de dólares. Para 1989 el Reino Unido gastó unos 2,1 billones de libras esterlinas.

El siguiente gran efecto producido por la Enfermedad está representado por la espiral descendente que la Esquizofrenia produce en la habilidad del paciente de ser un miembro pleno de la sociedad. Los síntomas dificultan la capacidad del paciente para obtener o mantener un empleo, completar su educación, ser financieramente independiente, mantenerse clínicamente sano e interactuar con otra gente. No conocemos un procedimiento riguroso para evaluar el drenaje de los recursos familiares, o la angustia producida en estos por la enfermedad de un ser querido.

Enfrentar la enfermedad de un hijo o un hermano es extremadamente difícil y genera una respuesta emocional que incluye sentimientos de culpa, miedo, enojo o tristeza. La culpa puede ir desde preguntarse si uno puede haber causado la enfermedad (o no haberla descubierto a tiempo) hasta plantearse si otros miembros de la familia pudiesen desarrollarla. El enojo por tener que sostener económicamente a alguien en forma crónica pueda estar presente es bastante común. La tristeza puede hacer sentir al paciente "anormal" o producir vergüenza.

La Esquizofrenia genera un enorme costo económico y afectivo para los pacientes, sus familias y amigos, y la sociedad.

En realidad es más probable que las personas con enfermedad mental sean víctimas de abusos y malos tratos y se vean vulnerados sus derechos.

Sabemos la importancia que juega el papel de la familia en la evolución positiva de la enfermedad, el proceso rehabilitador que sufre la persona de salud mental, el apoyo y comprensión de sus allegados y familiares quien los tenga.

La convivencia diaria con un familiar que presenta un problema de salud mental conlleva una serie de cargas objetivas como subjetivas que se traduce en una respuesta emocional del familiar.

La carga familiar repercute en distintas áreas del cuidador: Las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal y el tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad.

Desde que comienzan a observarse los síntomas hasta la fase de aceptación de la misma la familia por lo general, manifiesta diversas reacciones: Elusión del problema, negación de la realidad y sobreprotección, hasta llegar a la reacción positiva de la enfermedad.

Un entorno familiar adecuado es primordial en la recuperación de una enfermedad mental crónica. La familia puede contrarrestar la tendencia de los pacientes a abandonar el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, así como la reeducación de hábitos de vida esenciales para el tratamiento. De otro modo la familia enfrentará graves crisis que pueden llevar a su disolución orientado a situarse ante la nueva realidad, y en general en la sociedad existe la idea de que la enfermedad mental está íntimamente relacionada con la violencia pero esta idea no tiene base científica. Las personas afectadas por una enfermedad mental (correctamente tratadas) rara vez son peligrosas para la sociedad. Solamente algunos trastornos desarrollan en ciertos episodios conductas agresivas hacia uno mismo y hacia la familia cuando la persona no está bajo tratamiento.

### **Indicaciones:**

#### **Para el paciente:**

- No abandonar tratamiento
- informar de reacciones secundarias.

#### **Para la familia:**

- Comprensión adecuada de la enfermedad.
- Promover pautas para un mejor tratamiento.

- Mejorar la actitud de la familia ante el paciente.
- Facilitar el mutuo apoyo y manejo de los riesgos.
- Incorporar al proceso de socialización tanto al paciente como al grupo familiar.

**Para la comunidad:**

- Evitar rechazo y estigmatización del paciente.
- Apoyo afectivo y social.

## **G. MODELO DE ADAPTACIÓN: SOR CALLISTA ROY**

### **ALGUNAS DEFINICIONES GENERALES**

**Filosofía:** La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.

**Teoría:** Conjunto de ideas, conceptos e hipótesis que de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.

**Meta teoría:** Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada *teoría de las teorías*. Si A es una teoría de B y B es en sí misma una teoría, entonces A es una metateoría. Sin embargo, una teoría general no puede ser una meta teoría desde que no se dedica en particular a una o a un conjunto de teorías.

Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la que quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema



adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados.
- **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.

**Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- **Focales:** son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- **Contextuales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- **Residuales:** corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

**Modos o métodos de adaptación:**

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

- **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

## CONCEPTOS DE SALUD, CUIDADO, PERSONA Y ENTORNO

**Salud:** Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

**Cuidado de enfermería:** Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

- Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.
- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y su respuesta ante los estímulos y la adaptación al entorno.

- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

1. Valorar la conducta del enfermo/usuario.
2. Valorar los factores influyentes.
3. Identificar los problemas.
4. Fijar los objetivos.
5. Seleccionar las intervenciones.
6. Evaluar los resultados.

**Persona:** Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable.

Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

**Entorno:** Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

## **RELACIONES DE APLICACIÓN DE LA TEORÍA**

**Enfermero – paciente:** Roy subraya que en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatros modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad.

La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

**Paciente – enfermero:** Paciente que recibe los cuidados enfermeros.

Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

**Entrada:** Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

**Procesamiento:** Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

**Salida:** Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

**Familia – enfermero:** Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.

## **CASO CLÍNICO- APLICACIÓN DE PAE**

### **I. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS**

#### **1.1. ANAMNESIS**

##### **A. DATOS FILIACIÓN**

- Nombres y Apellidos : D.Q.M..
- Edad : 24 años.
- Fecha de Nacimiento : 04/10/1992.
- Sexo : Mujer.
- Raza : Mestiza.
- Religión : Católica.
- Grado de Instrucción : Superior Técnica.
- Ocupación Actual : Ninguna.
- Ocupaciones Anteriores : Vendedora de zapatillas, ama de casa.
- Estado Civil : Soltera.
- Lugar de Nacimiento : Puno.
- Procedencia : Tacna.
- Domicilio : Asoc. Virgen de la Candelaria, GAL.
- Nombre del Padre : Francisco Q.
- Nombre de La Madre : Julia M.
- Fecha de Ingreso : 19/04/17.
- Fecha de Elaboración HC : 20/04/17.
- Informantes : Paciente (NO CONFIABLE)  
Hermana de paciente (CONFIABLE)

##### **B. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente con tendencia a la agresión física, se muestra negativa a recibir la medicación, habla sola algunas veces, mamá refiere que “se queda quieta en un rincón”, con la mirada fija en punto determinado, con el paso del tiempo comienza a comunicarse menos con su familia, se muestra agresiva con su familia, vecinos y personas de la calle, motivo por el cual es traída a emergencia de este hospital para ser evaluada y posteriormente hospitalizada en este servicio.

### **C. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL**

**Tiempo de Enfermedad** : 3 años aproximadamente.

**Episodio Actual** : 20 días aproximadamente.

**Síntomas Principales** : Irritabilidad, agresividad, ideas delirantes de daño, alucinaciones visuales y auditivas, mutismo, negativismo.

#### **Historia de la Enfermedad :**

**Inicio** : Insidioso.

**Curso** : Progresivo.

Inicia cuando tenía 21 años, según referencia de la madre, la paciente vivía en Moquegua junto con su madre y hermanos, por motivos económicos decide venir a la ciudad de Tacna a trabajar como empleada del hogar cama adentro así inicia su primer mes de trabajo tiempo en el cual tuvo muy poca comunicación con su madre.

Pasado un mes aproximadamente desde que inicio a laborar como empleada, el “patrón” de la casa acude a Moquegua con una fotografía indagando donde podría encontrar a familiares de la paciente ya que esta se encontraba en el servicio de emergencia de este hospital, una vecina reconoce la foto y le da aviso a la hermana y madre de la paciente las cuales al enterarse viajan a esta ciudad, la primera en llegar es la hermana mayor, la cual encuentra a la paciente en el servicio de emergencia con sujeción mecánica, con un lenguaje incomprensible, “como borracha”, irritable, agresiva con el personal y sin reconocer a familiares.

Según refiere la madre de la paciente, los señores de la casa donde trabajo su hija pagaron los gastos de la atención y se retiraron sin brindar mayor información sobre lo sucedido y hasta la fecha no han vuelto a tener contacto con estos señores.

La paciente permanece aprox. Un día y medio luego es dada de alta con indicación que debe volver por consultorio de Psiquiatría para controles (la madre en ese momento no sabe el diagnostico de su hija). Una vez en su domicilio, la paciente se negaba a contar lo sucedido respondiendo

siempre “no me preguntes”, “no me quiero acordar”. Es así que la paciente a partir de esa fecha se queja de dolores de cabeza y estomago esporádicos, además de presentar aumento del apetito por una semana aproximadamente.

La paciente se muestra “estable” por un lapso de 5 a 6 meses acudiendo a consultas mensuales por consultorio de psiquiatría, a partir de esta fecha la paciente comienza a leer la biblia con frecuencia, cargándola para todo lado dentro de la casa, por momentos a decir frases como “fuera demonio”, “aléjate de mí”, además mezclar ideas dentro de una conversación haciendo su lenguaje por momentos incoherente.

Al no encontrar mejoría para el cuadro de su hija a pesar de acudir a consultas de psiquiatría y ante la poca mejoría al tratamiento de su hija, la madre la lleva a probar distintos tipos de medicina alternativa y naturista, es así que le llega a dar un “preparado” (madre desconoce qué contenía) con el fin de mejorar el cuadro pero es al día siguiente de su ingesta que la paciente dejó de comunicarse con su familia abruptamente, además de disminuir su ingesta de alimentos, permanece así sin mejoría aproximadamente un mes, luego la madre decide traerla a control por consultorio de psiquiatría, donde es evaluada y posteriormente hospitalizada, permaneciendo un periodo de un mes, siendo dada de alta con mejoría parcial.

Debido al estado de la paciente su madre decide llevarla a Puno para que “cambie de ambiente”, una vez en Puno la paciente presenta una mejoría gradual, comía sola, hablaba con su madre (poco), pasado dos meses, la paciente nuevamente comienza a presentar los síntomas que tenía al inicio, comenzó a disminuir ingesta de alimentos, no realizaba su aseo personal, se mocionaba en la cama o en el lugar donde se encontraba, debido a lo cual usa pañal.

Cada vez que su madre trataba de corregir esta conducta, asearla u obligarle a comer, la paciente se tornaba irritable llegando a ser agresiva en algunas ocasiones.



Con el paso de las semanas el cuadro sigue empeorando, quitándose con frecuencia la ropa y queriendo salir a la calle, motivo por el cual la madre la deja con llave dentro de la casa, además de repetir con cierta frecuencia “me han raptado” “me han violado”. También semanas antes de su ingreso comenzó a referir ver “lagartijas” y “gatos” dentro de la casa y referir “que le quieren hacer daño”, debido a todo esto es que la madre decide traerla a consultorio de psiquiatría para evaluación.

Hace una semana inicia con desorganización conductual, caminando sin rumbo, entra y sale de la casa reiteradas veces, lanza agua por toda la casa, habla y se ríe sola, menciona palabras y frases religiosos cada vez se torna irritable, en el transcurso de los días descuida su aliño personal, micción y defecación en diferentes lugares, no puede dormir por la noches, se despierta repentinamente en las noches gritando y deambulando, empieza a desvestirse y caminar desnuda dentro de la casa, cuando se intenta detenerla se pone agresiva con los familiares, no come bien, el apetito disminuye. Hace un día que no quiere comer y solo permanece quieta y echada en su cama, no habla nada y no se moviliza permaneciendo quieta, por tal motivo es hospitalizada.

#### **D. ANTECEDENTES PERSONALES:**

**Prenatales:** No tuvo controles prenatales completos, es la quinta hija de 8 hermanos no fue un embarazo planeado.

**Natales:** Nacido de parto eutócico, con atención domiciliaria, por familiares, sin aparentes complicaciones, no recuerda peso al nacer, recibió lactancia materna hasta el año de vida aproximadamente.

**Crecimiento y Desarrollo:** Comenzó a caminar al año y a hablar a los dos años aproximadamente. No se logra precisar a qué edad tuvo control de esfínteres.

**Vacunaciones:** Recibió vacunaciones completas según calendario de vacunación en centro de salud.

**Psicosexualidad:** No refiere inicio de relaciones sexuales, no refiere número de parejas sexuales, no refiere prácticas masturbadoras, no refiere método anticonceptivo, se identifica como mujer, no refiere

orientación heterosexual, no refiere edad de menarquia, régimen catamenial irregular.

- **Abuso Sexual o Tocamientos Indebidos:** Madre niega que su hija haya sufrido algún episodio. Paciente no refiere información.

**Escolaridad:** Paciente no realizó estudios preescolares, a los 5 años inicia estudios de primaria y segundo grado en el colegio Villa del Lago en Puno, tercer y cuarto grado los cursa en el colegio de Samegua en Moquegua, quinto y sexto grado lo realiza en la ciudad de Tacna en el colegio Luis Alberto Sánchez, cabe señalar que durante todos sus estudios de primaria obtuvo buenas notas, sin problemas de conducta, con buenas relaciones con sus compañeros.

Los continuos cambios de colegio fueron debido a que la madre de la paciente se encontraba en problemas sentimentales con su conviviente.

Los estudios de secundaria los realiza en el colegio Luis Alberto Sánchez, con notas promedio, sin problemas de conducta, con buenas relaciones con sus padres y compañeros del colegio. Realiza a los 17 años estudios técnicos de secretariado en la ciudad de Tacna, llegando a concluir sus estudios sin problemas.

**Servicio Militar:** No realizó.

**Antecedentes Laborales:** En un inicio mientras se encontraba realizando sus estudios de secretariado, trabajaba por las tardes en una tienda de venta de zapatillas, y posteriormente cuando terminó sus estudios de secretariado, comenzó a trabajar como empleada del hogar.

**Antecedentes Patológicos:**

Eruptivas	: Niega.
Enfermedades	: Niega TBC, DM, HTA
Hospitalizaciones	: Niega.
Cirugías Previas	: Niega.

Tratamientos Recibidos : Por la especialidad de Psiquiatría con Risperidona, Clozapina, Acido Valproico y Haldol Decanoas.

Accidentes : Niega.

Transfusiones : Niega.

Alergias : Niega.

Ideas de Autolisis : Niega.

#### **Hábitos Nocivos:**

- Alcohol: Niega.
- Tabaco: Niega.
- Drogas: Niega.

#### **E. ATECEDENTES FAMILIARES:**

**Padre:** vivo de 48 años de edad, aparentemente sano, se encuentra recluido en penal desde hace 5 años.

**Madre:** viva de 52 años, aparentemente sana.

Hermanos: todos sus hermanos aparentemente sanos.

**Hijos:** no tiene.

**Familiares con patologías psiquiátricas:** niega.

#### **F. CONDICION SOCIO ECONOMICA:**

**Vivienda:** Paciente vive en casa de una de sus hermanas con su madre y hermanos. Cuenta con luz, agua pileta pública, no cuenta con desagüe.

**Sustento Económico:** Depende económicamente de su madre.

#### **G. DINAMICA FAMILIAR:**

Paciente nace en la ciudad de Puno, donde vive con ambos padres y hermanos, los padres mantienen relación estable, afectuosa hacia su hija, paciente inicia estudios primarios, su padre viaja a la ciudad de Moquegua por motivos laborales, a los dos años aproximadamente viaja la madre la madre de la paciente siguiendo a su pareja por sospecha de una "relación extramatrimonial", es así que la paciente cursa estudios

por dos años mostrando hasta ese momento afecto hacia ambos padres a predominio de su papa, luego viajan a la ciudad de Tacna por motivos laborales donde la paciente termina de cursar estudios primarios, secundarios y superior técnica. La relación de los padres siempre presento discusiones y peleas, motivo por el cual cuando la paciente tenía 17 años aproximadamente su padre abandona la casa, lo cual ocasiona la tristeza de la paciente, posteriormente a que su padre se va, una de las hijas del primer compromiso de la madre de la paciente le comenta a su madre que Él siempre las “molestaba”, que “quería meterse en su cama”, a raíz de esto la madre le interpone una denuncia, lo que ocasiona que el padre de la paciente ingrese al penal donde se encuentra aproximadamente ya 5 años. Este hecho generó resentimiento hacia su madre. Cabe resaltar que la paciente siempre mantuvo una buena relación con su padre a pesar de los problemas con madre; con sus hermanos también mantiene buena relación. En la actualidad no le prestan importancia a la situación de la paciente.

#### **H. EXAMEN MENTAL:**

**Apariencia y Actitud:** Paciente aparenta más de la edad referida, no realiza contacto visual, con falta de arreglo y alineo personal, no responde a las preguntas, no obedece órdenes, no colabora con la entrevista.

**Orientación:** Orientada en persona, espacio y no en tiempo.

**Memoria:** Alterada.

**Atención y Concentración:** Muy disminuida.

**Cálculo y Abstracción:** pensamiento abstracto, incoherente.

**Lenguaje:** Con tendencia al mutismo.

**Animo:** Aplanado.

**Afecto:** Congruente.

**Pensamiento:** Con presencia de ideas delirantes de daño.

**Percepción:** Con presencia de alucinaciones auditivas y visuales.

**Juicio:** Alterado.

**Psicomotricidad:** Sin alteraciones.

**Introspección:** Sin conciencia de enfermedad.

## **I. EXAMEN FISICO:**

- **Presión Arterial** : 120/70 mmHg.
- **Frecuencia Cardíaca** : 74 latidos por minuto.
- **Frecuencia Respiratoria** : 18 respiraciones por minuto.
- **Temperatura** : 36.8.0 °C
- **Examen General:** Aparenta regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, mucosas orales húmedas, conjuntivas palpebrales rosadas, tejido celular sub cutáneo normal, piel tibia, resto sin particularidades.
- **Examen por Sistemas:** Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaereos normales. Neurológico: no signos meníngeos, ni de focalización.
- **Funciones Biológicas:**
  - Apetito : Disminuido.
  - Sed : Normal.
  - Sueño : Ligeramente disminuido.
  - Orinas : Normal.
  - Deposiciones : Normal.

## **J. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

- Esquizofrenia Paranoide.

### **Indicaciones médicas:**

- Observación permanente.
- Evaluación psicológica y social.
- Dieta completa
- CFV por turno
- Clonazepam 2mg ½ tab, mañana 1tab. noche
- Haloperidol 5 mg cada 8 horas IM

- Midazolan 5 mg cada 8 horas IM
- Midazolan 15mg dosis única, luego condicional EV
- Biperideno 2 mg cada 8 horas VO

## **SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Paciente adulto joven de 24 años de edad, sexo femenino, grado de instrucción superior, remitida del servicio de emergencia, ingresa al servicio en compañía de su mamá con diagnóstico médico esquizofrenia paranoide.

A la observación la paciente se encuentra con falta de arreglo y alineo personal, actitud alucinatoria y hostil, madre refiere que estuvo tomando medicación pero unos días antes al ingreso se torna negativista, agresiva verbal y física con familiares y vecinos, dificultad para conciliar sueño y mantener sueño continuo. El apetito se mantiene.

A la entrevista no realiza contacto visual se encuentra desconfiada, desorientada en espacio y persona mas no en tiempo, no obedece órdenes, no responde preguntas, no colabora a la entrevista. Refiere incoherencias ideas delirantes de daño con presencia de alucinaciones visuales y auditivas, sin conciencia de enfermedad.

Al examen físico aparenta regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, mucosas orales húmedas, conjuntivas palpebrales rosadas, tejido celular sub cutáneo normal, piel tibia, resto sin particularidades. Al examen por sistemas: Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaereos normales. Neurológico: no signos meníngeos, ni de focalización.

Presión Arterial: 120/70 mmHg, Frecuencia Cardiaca: 74 latidos por minuto, frecuencia Respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Temperatura: 36.8.0 °C

Resultado de glucosa ayunas: 115 mg/dl.

## **1.2. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS**

<b>DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	Conciencia de la enfermedad: no Cumplimiento de régimen terapéutico: si Ejercicio: disminuida por hospitalización Hábitos: uso de alcohol no, uso de tabaco no
<b>DOMINIO 2 NUTRICIÓN</b>	Cambios de peso durante los últimos 6 meses: no Dificultad para deglutir: no Pirosis: no, vómitos: no SNG: no Abdomen: normal Ruidos hidroaereos: presente Hidratación de piel y mucosas: turgente Tipo de dieta habitual: R. completo Intolerancias alimentarias: No Talla: 1,55 mts. Peso: 61 Kg Apetito: disminuido Dieta prescrita: R. completo
<b>DOMINIO 3 ELIMINACIÓN</b>	Problemas al orinar: No Incontinencia urinaria: No Incontinencia fecal: No Hábito intestinal: 1 x día
<b>DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO</b>	Capacidad de autocuidado: con ayuda de personal por confusión mental Concilia sueño con medicación Sueño interrumpido aún bajo medicación Fuerza muscular: conservada Actividad circulatoria: normal Actividad respiratoria: normal Presenta conducta catatónica Participa en actividades recreativas: espacio de tiempo breve
<b>DOMINIO 5 PERCEPCIÓN COGNICIÓN</b>	Nivel de conciencia: Despierta Orientado en persona, parcialmente en espacio, pero no en tiempo.

	<p>Alteración en el proceso del pensamiento: si</p> <p>Alteraciones sensoriales: visuales (si), cenestésica (si)</p> <p>Comunicación: habla en tono de voz bajo</p> <p>Alteración de la percepción: si</p>
<b>DOMINIO 6</b> <b>AUTOPERCEPCIÓN</b>	<p>Cuidado de su persona: corporal y vestido deficiente</p> <p>Aceptación en la familia: si</p>
<b>DOMINIO 7</b> <b>ROL RELACIONES</b>	<p>Estado civil: soltera</p> <p>Profesión: secretaria</p> <p>Vive con su madre y hermanos en casa de una de las hermanas.</p> <p>Situación laboral: Actualmente no trabaja.</p> <p>Fuente de apoyo: familia</p> <p>Conflictos familiares: no</p> <p>Conducta hostil, desconfiada (hospitalización)</p>
<b>DOMINIO 8</b> <b>SEXUALIDAD</b>	<p>Actualmente no usa ningún método anticonceptivo, se identifica como mujer, de orientación heterosexual.</p> <p>Abuso Sexual o Tocamientos Indebidos: Niega.</p>
<b>DOMINIO 9</b> <b>AFRONTAMIENTO</b> <b>TOLERANCIA AL</b> <b>ESTRÉS</b>	<p>La hospitalizo su madre la misma que se encuentra preocupada por salud de la paciente y por ella misma por presentar fractura en MI derecho el cual requiere cirugía, no cuenta con medios económicos.</p>
<b>DOMINIO 10</b> <b>PRINCIPIOS</b> <b>VITALES</b>	<p>Creencia religiosa: Católica.</p>
<b>DOMINIO 11</b> <b>SEGURIDAD</b> <b>PROTECCIÓN</b>	<p>Estado de enfermedad: no controlada</p> <p>Procedimientos invasivos: no</p> <p>Piel integra: si</p> <p>Riesgo de caídas: si</p> <p>Riego de agresión a los demás: si</p> <p>Riesgo de autoagresión: si</p>
<b>DOMINIO 12</b> <b>CONFORT</b>	<p>Tiene dolor: no</p> <p>Molestias: no</p> <p>Fobias: no</p>



<b>DOMINIO 13</b>		IMC: normal
<b>CRECIMIENTO</b>	Y	P:50 kg
<b>DESARROLLO</b>		T:1.47cm

## 2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO		00108 Déficit de autocuidado baño/higiene R/C función cognitiva alterado E/P requiere ayuda de personal para actividades de autocuidado.  00095 Insomnio R/C ansiedad E/P sueño interrumpido durante la noche, aun con medicación.
DOMINIO 5 PERCEPCION/COGNICION		00129 Confusión crónica R/C enfermedad mental E/P alucinaciones visuales y cenestésicas, orientación parcial persona y espacio.
DOMINIO 7 ROL/RELACIONES		00052 Deterioro de la interacción social R/C alteración de los procesos del pensamiento E/P en ocasiones conducta hostil, se muestra desconfiado.
DOMINIO 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN	Y	00138 Riesgo de violencia heteroagresión R/C sintomatología psicótica.  00140 Riesgo de violencia autoagresión R/C enfermedad mental.

### 3. PLANTEAMIENTO, EJECUCION Y EVALUACION

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	NIC	EVALUACIÓN
00129 Confusión crónica R/C enfermedad mental E/P alucinaciones visuales y cenestésicas, orientación parcial persona y espacio.	0901 Orientación cognitiva.  Se auto identifica e identifica el día presente.  Sustancialmente comprometido (2).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al iniciar interacción se la llamó a la paciente por su nombre.</li> <li>• Se realizó acercamiento a la paciente lentamente y de frente.</li> <li>• Se habló con la paciente con tono de voz, volumen y ritmo adecuados.</li> <li>• Se informó a la paciente acerca de las personas, lugar y tiempo donde encuentra.</li> <li>• Se realizó diariamente la orientación de lugar y tiempo mediante la actualización de fecha y estimulación cognitiva.</li> <li>• Se fomentó horas de siesta, Descanso y sueño adecuados.</li> <li>• Se realizó actividades recreativas que requieren de atención, memoria, lenguaje y habilidad.</li> </ul>	Paciente verbaliza su nombre e identifica el día y lugar actual según Escala de Evaluación DIANA Levemente comprometido (4).
	1403 Autocontrol del pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se administró tratamiento Clonazepam 2mg ½ tab. mañana 1tab. Noche Haloperidol 5 mg cada</li> </ul>	Paciente verbaliza ideas delirantes o

	<p>distorsionado.</p> <p>No responde a las alucinaciones e ideas delusivas.</p> <p>Nunca demostrado (1).</p> <p>Verbaliza frecuencia de alucinaciones e ideas delusivas.</p> <p>Nunca demostrado (1).</p>	<p>8 horas IM., Midazolan 5 mg cada 8 horas IM., Midazolan 15mg dosis única, luego condicional EV., Biperideno 2 mg cada 8 horas VO.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se promovió la disminución de los estímulos ambientales.</li> <li>• Se evitó reforzar las ideas delirantes, y discutir sobre creencias falsas de la paciente.</li> <li>• Se ayudó a la paciente a distinguir pensamiento alucinatorio y realidad.</li> <li>• Se realizó diariamente la escucha activa, análisis de noticieros, radio y periódicos locales e internacionales.</li> <li>• Se exploró la expresión de pensamientos y sentimientos (positivos y negativos).</li> <li>• Se retiró estímulos ambientales TV, cuadros y otros de la pared.</li> <li>• Se evitó reforzar las ideas delirantes y no discutir sobre creencias falsas de la paciente.</li> <li>• Se exploró la expresión de pensamientos y sentimientos (positivos y negativos).</li> </ul>	<p>alucinaciones, según Escala de Evaluación DIANA frecuentemente demostrado (4).</p> <p>Paciente controla pensamiento y expresa ideas delusivas, verbalizando frecuencia de las alucinaciones, según Escala de Evaluación Diana Frecuentemente demostrado (4).</p>
--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ayudó a la paciente a distinguir pensamiento alucinatorio y realidad.</li> </ul>	
00095 Insomnio R/C ansiedad E/P sueño interrumpido durante la noche, aun con medicación.	0003 Sueño.  Patrón del sueño.  Moderadamente Comprometido (3).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se reguló los estímulos del ambiente para mantener los ciclo día – noche normales.</li> <li>• Se facilitó el mantenimiento de rutinas habituales antes de conciliar el sueño.</li> <li>• Se realizó rutinas físicas para favorecer el sueño: ejercicios de relajación, juegos de mesa.</li> <li>• Se evitó ingesta de comidas muy calóricas y energizantes antes de dormir.</li> <li>• Se brindó ambiente adecuado: luz, ruidos, temperatura proporcionando mayor comodidad posible.</li> <li>• Se administra tratamiento farmacológico: Clonazepam 2mg ½ tab. mañana 1tab. Noche, Haloperidol 5 mg cada 8 horas IM, Midazolan 5mg. cada horas, Midazolan 15 mg. dosis única luego condicional EV, Biperideno 2mg. cada 8 horas VO.</li> <li>• Se observó el esquema de sueño de la paciente y las circunstancias físicas y psicológicas que</li> </ul>	Paciente logra conciliar sueño continuo, según Escala de Evaluación DIANA levemente comprometido (4).

		interrumpen el sueño.	
00052 Deterioro de la interacción social R/C alteración de los procesos del pensamiento E/P en ocasiones conducta hostil, se muestra desconfiada, habla tono de voz bajo.	1502 Habilidades de interacción social  Relaciones personales con los demás.  Nunca demostrado (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se fomentó la participación en actividades grupales.</li> <li>• Se incluyó a la paciente en la planificación de actividades socializadoras.</li> <li>• Se realizó actividades recreativas grupales, terapia física y juegos lúdicos.</li> <li>• Se alentó de forma positiva a la paciente cuando establecía el contacto con los demás compañeros.</li> <li>• Se le da frases positivas y de halago cuando la paciente interactúa con sus compañeros.</li> </ul>	Paciente interactúa y participa de talleres de grupo con los demás compañeros de servicio, según Evaluación Diana la relación con los demás es frecuentemente demostrado (4).
00108 Déficit de autocuidado: baño R/C función cognitiva alterado E/P requiere ayuda de personal para actividad baño.	0301 Autocuidado: baño.  Se baña sola.  Sustancialmente comprometido (2).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se proporcionó objetos personales necesarios para el baño de acuerdo al momento de uso.</li> <li>• Se garantizó la individualidad de la paciente durante en baño.</li> <li>• Se mantuvo rutina diaria para el baño de la paciente.</li> <li>• Se proporcionó ayuda durante el baño.</li> <li>• Paciente realizó el baño en ducha en tiempo</li> </ul>	Paciente realiza autocuidado: baño con apoyo de personal según Escala de Evaluación DIANA levemente comprometido (4).

		<p>prudente por sí misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente identificó materiales para higiene personal: jabón, agua, toalla, sandalias.</li> <li>• Se le da frases positivas, halago y se la felicitó cuando la paciente evidenció una mejora en la actividad de baño.</li> </ul>	
00140 Riesgo de violencia autoagresión R/C enfermedad mental.	<p>1405 Autocontrol de los impulsos</p> <p>Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas.</p> <p>Nunca demostrado (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estableció relación de confianza básica con la paciente.</li> <li>• Se determinó las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión de enfado, de acuerdo a su nivel cognitivo.</li> <li>• Se logró que la paciente identifique las situaciones que precipitan sus impulsos negativos y requiera una acción inmediata.</li> <li>• Se le limitó el acceso a situaciones estresantes hasta que paciente sea capaz de adaptarse, se utilizó frases persuasivas.</li> <li>• Se determinó si la paciente presenta riesgos para la seguridad de sí misma a través de la observación,</li> <li>• Se contribuyó a la disminución de ansiedad.</li> </ul>	<p>Paciente verbaliza conductas que conducen a acciones impulsivas, según Escala de Evaluación DIANA frecuentemente demostrado (4)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó manejo ambiental: prevención de violencia.</li> <li>• Se permaneció con la paciente en situaciones de interacción inicial para fomentar seguridad.</li> <li>• Se logró participación de la familia en detección de signos que conlleven a situaciones estresantes durante la visita.</li> </ul>	
00138 Riesgo de violencia heteroagresión R/C sintomatología psicótica.	<p>1405 Autocontrol de los impulsos.</p> <p>Identifica conductas que conducen a acciones.</p> <p>Nunca demostrado (1).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estableció relación de confianza básica con la paciente, con lenguaje sencillo, congruente y exacto de acuerdo al nivel cognitivo.</li> <li>• Se logró que la paciente identifique el problema o situación que requiera acción inmediata.</li> <li>• Se vigiló la función cognitiva: capacidad de concentración, atención, memoria, habilidad para procesar información y toma de decisiones.</li> <li>• Se identificó mediante la vigilancia continua los riesgos para seguridad de la paciente y los demás.</li> <li>• Se ubicó a la paciente en el ambiente situado frente a la estación de enfermería para una vigilancia permanente.</li> </ul>	Paciente verbaliza emociones y sentimientos que conducen a situaciones impulsivas según Escala de Evaluación DIANA frecuentemente demostrado (4).

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tomó precauciones necesarias para brindar ambiente seguro para integridad de la paciente y los demás evitando riesgos de daños físicos: suicidio, autolesiones, fugas, violencia.</li> <li>• Se administró la medicación condicional según indicaciones médicas en una oportunidad: Midazolan 15 mgr. EV.</li> <li>• Se ayudó a la paciente a mantener ciclo normal de vigilia/sueño, técnicas de relajación.</li> </ul>	
--	--	--	--



## **CONCLUSIONES:**

- El Proceso de Enfermería permite sistematizar el cuidado de enfermería a fin de garantizar satisfacción de la paciente y la familia, es de suma importancia la valoración de datos, puesto que permitió establecer objetivos y fijar el plan de atención de acuerdo a la individualidad de la paciente.
- Se priorizó diagnósticos de enfermería tomando en cuenta la patología mental de la paciente, para ello se realizó intervenciones de acuerdo a los objetivos planteados, la intervención de enfermería es constante durante la hospitalización garantiza la superación del problema de salud mental de la paciente por ende la familia.
- El MODELO DE ADAPTACIÓN ofrece un Proceso de Enfermería que señala la orientación para facilitar los Cuidados de Enfermería que cubran las necesidades holísticas del paciente por ende la familia.

## **RECOMENDACIONES:**

- Se recomienda a los profesionales de Enfermería fortalecer la utilización del Proceso de Atención Enfermería en el área de salud mental a fin de garantizar una atención de calidad.
- Fortalecer la práctica de priorización de problemas del paciente ya que permite abordar problemas de salud mental.
- Fortalecer las capacidades de profesionales de Enfermería en manejo de paciente con problemas de salud mental a través de capacitaciones, y pasantías.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Manual de Trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10). Madrid: Meditor; 2012.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson; 2016.
3. <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/secta-fin-mundo-mirada-esquizofrenia-peru-noticia-1934352>.
4. Kaplan H., Sadock B. Sinopsis de psiquiatría, ciencias de la conducta, psiquiatría clínica (9ªed). Madrid: Médica Panamericana; 2012.
5. Palma C. Sociología. México: Editorial Interamericana; 2010.
6. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Am J Psychiatry 154: 4, April 1997
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. 6ª ed. Buenos Aires: Ed. Inter.- Médica; 2007.
8. Perales A, Mendoza G. Vásquez M. Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo” UNMSM Editores: Lima: Zambrano; 2008.
9. J. Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría 5ta ed. España: Ed. Masson s.a. 2012.
10. INSM. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Lima: INSM; 2014.
11. FLORIT-ROBLES A. Coordinador Técnico de la Línea de Rehabilitación Psicosocial Hermanas Hospitalarias. Madrid; 2014.
12. Almaguer L. Conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar en cuidadores de enfermos esquizofrénicos. México; 2013.
13. Llanos M. Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad, Hospital Hermilio Valdizán. Lima; 2010.
14. David P. James W. Manual de Psiquiatría Medica. España: Ed.Elselvier Inc; 2005.
15. Vallejo J. Psiquiatría en Atención Primaria. 2da Edición. España: Asoc. Medica, 2015.
16. OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD. Atención Comunitaria A Personas Con Trastornos Psicóticos. México: Editores Jm.Calda; 2014.

17. San Emeterio M, y Otros. Guía de práctica clínica para la atención del paciente esquizofrénico. Barcelona; 2013.
18. Ann T, RAILE A. Martha. Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Editorial Hacourt Brace; 2012 pág. 144.
19. Libros: ATS de las Funciones Públicas Sanitarias de Galicia. Temarioj Ebook (Pág. 176)
20. Jianxin S., Et Al. "Common Variant On Chromosome 6p. 22.1 are associated with schizophrenia". Nature, 1 Julio 2010.